

## 長期にわたる欠席に関する届

多治見西高等学校附属中学校長 様

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 生徒氏名 \_\_\_\_\_

上記の者 ( \_\_\_\_\_ ) のため

年 月 日 から

年 月 日 まで ( \_\_\_\_\_ ) 日間、

欠席いたしますのでお届けします。

**(医師の診断書添付)**

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

校長	教頭		担任

\* 担任へ提出してください。(出席簿保管)